



MOŽNOSTI REHABILITACIJE PRI BOLNIKI Z RAKOM GLAVE IN VRATU

prof. dr. Irena Hočevar Boltežar, dr. med., svetnica

Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo,

UKC Ljubljana

Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani

E: irena.hocevar@kclj.si

Povzetek

Rak glave in vratu je osmi najpogostejši rak v Sloveniji. Zdravimo ga kirurško, z radioterapijo in kemoterapijo, pogosto s kombinacijo teh načinov zdravljenja. Ker pa rak glave in vratu prizadene nos, ustno votlino, žrelo in grlo, so kot posledica bolezni same in nato zdravljenja okvarjene številne pomembne funkcije, ki vključujejo: dihanje, požiranje, govor, kašelj in vohanje. Za čim boljšo rehabilitacijo prizadetih funkcij je treba najprej natančno ugotoviti, kateri organi so prizadeti in kako okvarjeni so ter kakšne so preostale zmožnosti za izvedbo opisanih funkcij. Na podlagi ustreznih preiskav izberemo način rehabilitacije za vsakega bolnika posebej. V diagnostiko okvarjenih funkcij in rehabilitacijo je vključena vrsta različnih strokovnjakov, v rehabilitaciji pa je vodilni ustrezno usposobljen specialist klinične logopedije. Dobra rehabilitacija okvarjenih funkcij omogoča bolniku večjo kakovost življenja.

Ključne besede: rak glave in vratu, požiranje, govor, voh, rehabilitacija

Uvod

Po podatkih Registra raka Republike Slovenije je leta 2019 rak glave in vratu predstavljal 2,8 % vseh rakov v populaciji (1). Cilj zdravljenja raka glave in vratu je odstraniti ali uničiti maligni tumor in njegove morebitne zasevke, ob tem pa čim bolj ohraniti funkcijo organov na zdravljenem območju (2). Že sama rast malignega tumorja uničuje prizadete organe in s tem spreminja njihovo funkcijo. Tako kirurško zdravljenje kot radiokemoterapija prizadeneta predel tumorja, prav tako pa tudi tkiva v okolici. Težave so torej odvisne od lokalizacije raka, volumna odstranjenega ali obsevanega tkiva, načina rekonstrukcije ter tvorbe brazgotin na tem območju. Na pojav težav vplivajo tudi poškodbe živcev, saj povzročajo motorične in senzorične motnje v predelu, ki ga prizadeti živec oživčuje (3, 4). Po zdravljenju raka glave in vratu so najpogostejše motene pomembne življenjske funkcije: dihanje, požiranje, govor, kašelj, voh in okus (2).

Diagnostika in načrtovanje rehabilitacije

Vzrok za težave pri dihanju v zgornjem aerodigestivnem traktu največkrat pokaže že otorinolaringološki pregled, dopolnjen s fleksibilno nazolaringoskopijo. Tako lahko vidimo, ali bi dodatni kirurški poseg za razširitev dihalne poti ali traheotomija bil lahko koristen in mogoč (4).

Pri požiranju se najpogostejše pojavljajo nezadostno oblikovanje grizljaja, zastajanje grizljaja v ustni votlini, žrelu, zatekanje hrane in pijače v nosno votlino in aspiracija, ki bolnika najbolj ogroža. Rentgenska preiskava žrela in požiralnika s kontrastnim sredstvom prikaže vse faze požiranja, tudi sposobnosti zaščite dihalnih poti med požiranjem, ne služi pa načrtovanju rehabilitacije (3, 4). Fleksibilna endoskopska ocena požiranja z obarvanim grizljajem različnih konsistenc in velikosti prikaže predvsem faringealno fazo požiranja, pravočasnost proženja refleksa požiranja, penetracijo v grlo, aspiracijo ter ostanek grizljaja v žrelu (5). Možna je tudi sočasna ocena senzibilitete grla ter načrtovanje rehabilitacije za učinkovitejše in bolj varno požiranje (3–5). Vzrok za hripav glas in neuspešen kašelj je jasen po videoendostroboskopiji grla in oceni dihalne sposobnosti za tvorbo glasu (3). Za uspešen kašelj je poleg zadostne gibljivosti glasilk in popolnega stika med njima potrebna tudi zadostna jakost izdiha, kar se oceni s preiskavo pljučnih funkcij (4).

Rehabilitacija motenih funkcij

Težave s *požiranjem* močno vplivajo na kakovost življenja bolnikov po zdravljenju raka glave in vratu. Pogoste so predvsem po kirurškem zdravljenju raka ustne votline, žrela in supraglotisa ter po radioterapiji tega predela. Po izpeljani diagnostiki, ki jo opravita foniater in klinični logoped, pridejo v poštev prilagoditev diete (teksture, temperature, okusa hrane), različne prilagoditve položaj grizljaja v ustni votlini, glave, telesa, povečana senzorična stimulacija ustne votline in žrela, nevromišična elektrostimulacija mišic, ki sodelujejo pri požiranju, krepitev mišic jezika in žrela, žvekalk (na primer z napravo Therabite) in hoteni požiralni manevri (4–7). Disfagične težave se sicer s terapijo nekoliko izboljšajo, manj je aspiracij, vendar zelo redko povsem izginejo (6). Še najuspešnejše so redne vaje, ki naj se začnejo kmalu po koncu zdravljenja (8). Novejša metoda rehabilitacije požiranja je trening dihanja in požiranja z vidno povratno zanko, po katerem so ugotavljali boljšo zaščito dihalne poti med požiranjem (9). Opisujejo tudi vedenjsko kognitivno terapijo požiranja, pri kateri kombinirajo običajne rehabilitacijske postopke požiranja s psihološkim pristopom. Poskušali so tudi že s hipnozo za zmanjšanje težav z okusom, slabosti, bolečine in suhih ust (7, 10). Če je rehabilitacija požiranja neuspešna, potem je za zadostno in varno prehranjevanje bolnika potrebna dolgotrajna uporaba nazogastrične sonde ali gastrostoma (3, 4).

Obstajajo nekatere raziskave preventivnih programov za zmanjšanje disfagičnih težav po zdravljenju raka glave in vratu, vendar pa za zdaj še niso pokazale velikega uspeha. Za zagotovitev ustrezne prehranjenosti bolnika je za zdaj najuspešnejše redno tedensko sledenje pri logopedu in dietetiku (7).

K motnjam hranjenja prispeva tudi *manjša sposobnost vohanja in s tem povezanega okušanja*, ki se pojavita predvsem po laringektomiji. Najuspešnejši način rehabilitacije vohanja je manever tako imenovanega vljudnega zehanja (11).

Glasovne motnje so lahko posledica kirurškega zdravljenja ali radioterapije. Do neke mere pomagajo glasovna terapija, dihalne vaje, svetovanje. Uspeh je odvisen od sposobnosti stika med glasilkama, fibroze in gibljivosti glasilk (12). Po popolni odstranitvi grla se bolnik najprej sporazumeva s kretnjo, pisanjem ter psevdošepetom iz ustne votline. Po odstranitvi nazogastrične

sonde začne govorno rehabilitacijo. Nov vir glasu je lahko ezofagealni oziroma traheoezofagealni glas ali elektronsko umetno grlo. Pri ezofagealnem glasu bolnik vtisne zrak v požiralnik, glas pa nastane pri potovanju tega zraka nazaj skozi faringoezofagealni segment. Pri govoru s traheoezofagealno protezo so vir zraka za govor še vedno pljuča, s protezo v zgornjem delu sapnika pa se z zaporo traheostome preusmeri tok zraka v zgornji del požiralnika, kjer nastane glas. Elektrolarinks z nihajočo membrano bolnik pristoni nad vokalni trakt in tako omogoči oblikovanje glasnega govora (12).

Izboljšanje splošne telesne funkcije se vedno pogosteje omenja kot eden pomembnih dejavnikov za boljšo kakovost življenja po zdravljenju raka glave in vratu. Bolniki lahko izboljšajo svoje telesne sposobnosti in mišično vzdržljivost po končanem zdravljenju z rednimi aerobnimi vajami, masažami, limfno drenažo ter zdravim načinom življenja (7).

Zaključek

Zdravljenje raka omogoči bolniku z rakom glave in vratu preživetje, vendar pa okrni številne njegove funkcije. Za čim boljšo kakovost življenja po uspešnem zdravljenju je potreben aktiven timski pristop k iskanju teh motenj in ustrezna rehabilitacija. Žal je ustrezno usposobljenih logopedov ter temu namenjenih ambulant v Sloveniji zelo malo, kar trenutno omejuje možnost uspešne rehabilitacije.

Literatura

1. Rak v Sloveniji 2019. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka, 2022.
2. Strojan P, Šmid L, Zakotnik B. Raki glave in vratu. In: Novaković S, Hočevan M, Jezeršek Novaković B, et al (eds). Onkologija. Ljubljana: Mladinska knjiga Založba, 2009:254–70.
3. Murry T, Carrau RL. Clinical management of swallowing disorders. 2nd ed. San Diego, CA: Plural Publishing, 2006.
4. Shaker R, Easterling C, Belafsky PC, et al (eds). Manual of diagnostic and therapeutic techniques for disorders of deglutition. New York: Springer Science and Business Media, 2013.
5. Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia* 1988;2:216–9.
6. Lazarus CL, Husaini H, Falciglia D, et al. Effects of exercise on swallowing and tongue strength in patients with oral and oropharyngeal cancer treated with primary radiotherapy with or without chemotherapy. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2014;43:523–30.
7. Rodriguez AM, Komar A, Ringash J, et al. A scoping review of rehabilitation interventions for survivors of head and neck cancer. *Disabil Rehabil* 2019;41:2093–107.
8. Langmore SE, McCulloch TM, Krisciunas GP, et al. Efficacy of electrical stimulation and exercise for dysphagia in patients with head and neck cancer: A randomized clinical trial. *Head Neck* 2016;38(Suppl 1):E1221–31.
9. Martin-Harris B, McFarland D, Hill EG, et al. Respiratory swallow training in patients with head and neck cancer. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;96:885–93.
10. Patterson JM, Brady GC, Roes JWG. Research into the prevention and rehabilitation of dysphagia in head and neck cancer: a UK perspective. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2016;24:208–14.
11. Moor JW, Rafferty A, Sood S. Can laryngectomees smell? Considerations regarding olfactory rehabilitation following total laryngectomy. *J Laryngol Otol* 2010;124:361–5.
12. Casper JK, Colton RH. Clinical manual for laryngectomy and head and neck cancer rehabilitation. 2nd ed. San Diego, California: Singular Publishing Group, INC, 1998.